



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE
CON ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL CON BASE EN
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BERENICE CHÀVEZ CASTILLO
NÚMERO DE CUENTA 40711721-5

DIRECTORA ACADEMICA
LEO. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ.

JUNIO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	4
GENERAL	
ESPECÍFICOS	
CAPÍTULO I	
METODOLOGÍA	5
CAPÍTULO II	
2.1 MARCO TEÓRICO.....	6
2.2 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.....	6
2.3 TEORÍA DEL CUIDADO	6
2.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	6
2.5 HISTORIA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	8
2.6 GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	9
2.7 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	10
2.8 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	11
2.9 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	12
CAPÍTULO III	
3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	18
3.2 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	18
3.3 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.....	20
3.4 VALORACIÓN CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	24
3.5 PRIORIDAD DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	25
3.6 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	27
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES.....	39
CAPITULO V	
SUGERENCIAS.....	40
CAPITULO VI	
BIBLIOGRAFÍA.....	41

CAPITULO VII

ANEXOS

7.1	INSTRUMENTO DE VALORACIÒN.....	44
7.2	GLOSARIO.....	49
7.3	EVALUACIÒN DEL RIESGO.....	50
7.4	PROGRAMA DE EDUCACIÒN.....	54
7.4.1	PATOLOGÌA.....	55
7.4.2	CONCEPTO.....	55
7.4.3	EPIDEMIOLOGÌA.....	55
7.4.4	ANATOMÌA.....	56
7.4.5	FISIOPATOLOGÌA.....	61
7.4.6	ETIOLOGÌA.....	64
7.4.7	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y DE GABINETE.....	65
7.4.8	SIGNOS Y SÌNTOMAS.....	65
7.4.9	TRATAMIENTO.....	67
7.4.10	COMPLICACIONES.....	68

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es el modelo predominante de investigación clínica para la enfermera profesional, sirve de enlace del conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

Es un método para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional. El uso del proceso de enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que ofrece y la razón principal para el uso de este método es que se evidencia un mayor grado de interacción entre la enfermera y el usuario.

El siguiente trabajo es un Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo enfermero de Virginia Henderson, aplicado a una persona de 26 años con Enfermedad Trofoblástica Gestacional, con la que se analizan, se detectan y jerarquizan las necesidades en base a un instrumento guía siguiendo cada una de las etapas del proceso Enfermero basado en este modelo.

Para elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizaron las definiciones y clasificaciones emitidas por la NANDA correspondiente al año 2009-2011. Se realiza la priorización de los diagnósticos detectados y en base a estos se realiza la planificación con la taxonomía NOC (Resultado esperado), NIC (Intervenciones).

Más adelante se mencionan las conclusiones, las sugerencias, el plan de alta, para esta paciente, el glosario, la bibliografía consultada se agrega un apartado de anexos que contienen generalidades de la enfermedad Trofoblástica Gestacional, el instrumento guía para la valoración de las 14 necesidades básicas.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo nos muestra importancia que tiene la enfermera como primer contacto con el paciente por lo que es necesario y de suma importancia que el personal de enfermería aplique el PAE. Con la finalidad de desarrollar habilidades en la planificación de estrategias educativas, sin perder el lado humano que es una de las características de nuestra profesión.

El personal profesional de enfermería debe tener la habilidad y facilidad para la elaboración de dicho documento, además de saber identificar, valorar y elaborar diagnósticos de enfermería, así como la importancia de jerarquizar las necesidades del paciente, y por consecuencia proporcionar cuidados integrales a la paciente en su estado crítico relacionados a su patología que es la enfermedad Trofoblastica Gestacional y reintegrarla lo más pronto posible a su hogar.

De acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología Ginecoobstetricos México 2005,^{*1} la enfermedad trofoblástica gestacional representa una variedad de afecciones clínicas que abarcan desde la mola hidatiforme hasta el Coriocarcinoma. La manifestación clínica común es la elevación de la fracción beta de la hormona gonadotrofina coriónica humana.

Es por ello que el proceso de atención de enfermería además de ser una opción de titulación para el alumno, nos permite, profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos de éste, en una situación concreta que permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico, para solucionar problemas de salud a través de una atención metódica y critica, así como una atención planeada e individualizada en base a las necesidades de cada persona, familia y comunidad, por

^{*1} Instituto Nacional de Cancerología Gineco Obstetricia marzo 2005 (consultado el 10 de febrero del 2010)

lo que debería ser hoy en día una de las principales herramientas del profesional de enfermería.

Además el licenciado en enfermería y obstetricia debe conocer ampliamente la etiología de la patología para llevar a cabo una adecuada intervención y manejo de las pacientes y con ello se eviten posteriores complicaciones agregadas a la ya existente, para lograr de manera posible una recuperación favorable y adecuada.

En México se encontró la incidencia de 2.4 casos por cada 1,000 embarazos. *²

² *Datos del *INEGI* del año 2009

OBJETIVOS

GENERAL

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a la paciente con enfermedad Trofoblastica gestacional, integrando los conocimientos teóricos y práctico, con el propósito de detectar las necesidades prioritarias, para establecer un plan de cuidados y así obtener su mejoría integral para integrarla a su núcleo familiar.

ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades prioritarias.
- Elaborar un plan de cuidados en base a sus necesidades inmediatas, interactuando Paciente enfermera.
- Realizar acciones de enfermería dependiente e independiente y evaluar el estado de la salud.
- Estructurar diagnósticos de acuerdo a las alteraciones detectadas durante la valoración de enfermería en la paciente.
- Sugerir un plan de Alta.

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA

En esta primera fase del Proceso Atención de Enfermería se tomo como base y guía el modelo de Virginia Henderson el cual define los postulados y los valores que sustenta el rol de enfermería permitiendo concebir al ser humano como un ente biopsicosocial y espiritual detectando sus necesidades básicas.

Para realizar la valoración se eligió una paciente con diagnostico de Enfermedad Trofoblastica Gestacional, que ingreso al servicio de tococirugia del Hospital General Dr. José G Parres de Cuernavaca Mor., posteriormente se realizo un seguimiento con cinco visitas domiciliarias.

Durante esta etapa se reunió información, obteniendo los datos relevantes, estos se examinaron para saber el estado de salud de la paciente, se realizo el interrogatorio directo con la paciente y su familiar así nos describió sus problemas y recursos con que cuenta, también se obtuvo información del expediente clínico.

Para la conformación del Proceso Atención de Enfermería se llevo a cabo una revisión bibliográfica para así realizar el marco teórico.

En la etapa del diagnostico se llevo a cabo el análisis de la información recolectada, se fueron formulando los diagnósticos de enfermería con la taxonomía de la NANDA así mismo las intervenciones del enfermería del NIC y los resultados del NOC.

Durante la planificación se desarrollo el plan de cuidados que fue basado en los problemas identificados para determinar las intervenciones de enfermería enfocada a controlar el estado de salud o resolver un problema y satisfacer las necesidades básicas de la paciente.

Posteriormente se realizo la evaluación del plan de cuidados de alta de la paciente según las necesidades, analizando el logro de los resultados esperados.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO.

2.2 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA:

La Enfermería tiene como responsabilidad esencial ayudar a los individuos y grupos (familia y comunidad), a realizar sus actividades que contribuyan a su salud desde la concepción o hasta la muerte. Su función principal es de proporcionar cuidados de manera oportuna y profesional tanto en la salud como en la enfermedad, mediante la satisfacción de las necesidades y ayudar a la rehabilitación del individuo para realizar sus actividades lo más pronto posible. La Enfermería requiere la aplicación de conocimientos y habilidades, por consiguiente su campo de acción específico es la prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

2.3 TEORÍA DEL CUIDADO:

Las teorías son una serie de ideas relacionadas entre sí que proporcionan una forma de representar o clasificar los fenómenos predictivos y explicativas. Pueden empezar como una hipótesis y cuando se verifica llega a ser una teoría y se sustente o puede avanzar de forma que alguien determine una acción.

Las teorías son verificadas y tienen valides a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

La teoría debe ser utilizada por la enfermera para adquirir conocimientos que permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Las enfermeras han mejorado su capacitación a través del conocimiento teórico, ya que con los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito para mejorar la práctica.

Los metaparadigmas son de contenido abstracto y de ámbito general, intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (por ej. La teoría general de Enfermería).

Los elementos importantes de la teoría son, cuando la Enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.³

Es importante que la enfermera ayude a desarrollar el criterio de la independencia del paciente en la valoración de la salud. Debe saber Identificar 14 necesidades humanas básicas que componen “Los cuidados Enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Existe una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto – actualización.

Virginia Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.⁴

2.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Es un método que brinda cuidados para desarrollo de las cualidades esenciales del hombre centrado en el logro de objetivos.

Tiene como características que es un método a seguir por el personal de enfermería para organizar su trabajo y solucionar problemas que se relacionan con la salud del usuario lo que hace posible la continuidad para otorgar cuidados, existe una comparación con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

El Proceso Enfermero es sistemático porque está compuesto por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración,

³ Pacheco A. A. “Fundamentación Teórica para el Cuidado” reimpresión 2005 división de educación continua pp. 85 91

⁴ *Ibidem* p.92

diagnostico, planeación, ejecución y evaluación). Es humanista por considerar al hombre como un ser único, Es intencionado porque logra sus objetivos y guía las acciones para resolver los problemas disminuyendo así los factores de riesgo valorando las capacidades, el desempeño del usuario y el de la enfermera, es dinámico porque está sometido a los cambios que obedecen a la naturaleza del hombre, es flexible porque se aplica y adaptarse en cualquier momento de la práctica de enfermería, es interactivo porque requiere de la interrelación humano – humano con el usuario para lograr los objetivos comunes.

Aplicar el Proceso Enfermero es un verdadero reto porque es importante para la práctica de enfermería, sin embargo es un reto para toda enfermera que busca lograr ser profesional para brindar una atención de calidad.

Con la aplicación del Proceso Enfermero con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza acciones que van más allá de cumplir una prescripción médica, para la enfermera el aplicar el proceso enfermero es importante para el logro de sus objetivos de esta manera compromete al individuo, familia y comunidad para que tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permiten mantener o recuperar la salud.

2.5 HISTORIA DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la evolución de la profesión “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jhonson, Orlando y Wiedenbach desarrollaron un proceso de tres fases que contenía elementos del proceso de cinco fases actual. En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto donde se describía un proceso de cuatro fases valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach, Roy, Mundinger, Jauron y Aspinall ellos descubrieron la fase diagnostica, dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es importante para la práctica de la profesión de las enfermeras donde se ha exigido cambios en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica, para así proporcionar una mejor calidad de atención al individuo, familia y comunidad. En

muchos países, la aplicación del proceso es importante para el ejercicio de la enfermería, en nuestro país México cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) aplicado durante la práctica.⁵

2.6 GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO.

La enfermera debe ser competente en el área profesional del saber para aplicar el proceso enfermero con facilidad para lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Existen competencias en el área del saber esto se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista.

Son competencias del área de saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico es decir razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, en la aplicación del proceso enfermero se requiere de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico, asimismo son competencias en esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería, también se requieren competencias en el área del saber ser y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario, en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales que son indispensables para el ejercicio de la profesión.

Se debe establecer una base de datos sobre el paciente, identificando las necesidades para determinar prioridades de los cuidados y establecer un plan para poner en práctica las actuaciones de enfermería.⁶

⁵ Rodríguez S.B. *“Proceso Enfermero Aplicación Actual”* Editorial Cuellar Impreso en México pp. 29 - 31

⁶ Bailly R. E. *“Manual de la Enfermería”* Edición original (España) Editorial Océano p. 3

2.7 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Se trata de un proceso continuo que está integrado por fases o etapas ordenadas, tiene como objetivo importante, la planificación ejecución de los cuidados oportunos orientados al bienestar del paciente. Estas etapas están relacionadas y son ininterrumpidas.

El Proceso Enfermero tiene una actuación constante a todos los niveles para determinar y cubrir los requerimientos del paciente, tanto físico, biológico, psicológico, sociológico y espiritual. El Proceso Enfermero abarca la recolección, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, así planificar los cuidados oportunos, su ejecución y la evaluación global.

Fase de valoración en esta fase se debe recopilar la información basada en la observación y la entrevista que se realiza al paciente en el interrogatorio debe aportar todos los datos sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales con el fin de identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones sobre el paciente, su familia y su entorno, entre los datos obtenidos se pueden diferenciar cuales son los objetivos y otros son subjetivos facilitados por el paciente, lo importante dentro de la valoración existe la información general, características personales, sus hábitos estilos de vida y el sistema de apoyo familiar y comunitario, antecedentes personales y familiares relacionados con la salud, estado físico, funciones fisiológicas y datos procedentes de los diversos métodos de exploración que reflejan la situación actual del paciente como datos biológicos y psicológicos como nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort su estado emocional y mental.

La información primaria se obtiene de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias, también se toma en cuenta la información de las fuentes secundarias como son las aportaciones familiares así como los datos en la historia clínica actual.⁷

⁷ *Ibidem pp. 4 -10*

El personal de enfermería no debe dejar de observar, indagar, consultar, cuestionar y recolectar datos relativos mientras persista la relación con el paciente.

Los métodos de recolección de información suponen, en enfermería una forma sistemática y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son :

- Valoración.
- Entrevista.
- Observación.
- Examen físico.

2.8 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

La fase de diagnóstico es la segunda fase del Proceso Enfermero corresponde al análisis e interpretación de datos obtenidos en la etapa de valoración con la finalidad de ver el problema específico y las necesidades que presenta el paciente para plantear los cuidados de enfermería más oportunos, gracias a esta fase en definitiva se pueden sacar las conclusiones así poder realizar o diseñar un plan de atención que se adapte a sus necesidades

Tipos de diagnóstico

Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes formato PES: Problema (P) más etiología. Factores causales o contribuyentes (E) más signos y síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema en el individuo, familia o comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE. Problema, (P) más etiología/ factores contribuyentes (E).

Posible: Es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Consta de dos componentes formato (PE) problema (P) mas etiología/ factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

De síndrome: Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

Fase de Planeación de cuidados: En esta se planifican las estrategias para prevenir, corregir y solucionar los problemas identificados previamente determinando los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos, la participación activa del paciente es fundamental donde la enfermera puede resolver la falta de conocimientos, proporcionando enseñanza mediante instrucción para incrementar su independencia, los familiares pueden colaborar de manera activa y así se hacen partícipes del plan de actuación esta etapa es fundamental del proceso enfermero .

Fase de Ejecución: En esta etapa se pone en práctica el plan de actuación elaborada cuya meta es conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, se intenta que el paciente con la debida ayuda y supervisión lleve a cabo sus cuidados planificados a medida que se produzca una evaluación positiva, se intentará que la responsabilidad sea únicamente de el de este modo va adquiriendo una independencia, se debe explicar con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución al tratamiento que debe someterse, así se reduce las actividades proporcionadas por el personal de enfermería.

Fase de Evaluación: Es la última del Proceso Enfermero la cual determina hasta donde se han alcanzado los objetivos propuestos y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, cabe mencionar la evolución del paciente en esta fase se toma en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones del paciente los cuidados y su grado de satisfacción, de todo el proceso desarrollado de toda actividad de enfermería.

2.9 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. A lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era el elemento esencial del servicio de enfermería y planteó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería repitió también las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que su estado como su objeto final cambian permanentemente.⁸

Para Virginia Henderson lo que le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de enfermería desde la época de estudiante sus experiencias y teorías practicadas la llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud, en su época el modelo de enseñanza en enfermería le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que proporcionara una entidad propia de la profesión.

Cuando se graduó siguió interesándose en los temas ella se dio cuenta que las bibliografías revisadas en aquellos años sobre enfermería que eran básicas no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Necesidades Básicas:

De acuerdo con la definición propia de enfermería existe un concepto de individuo o persona, objeto de los cuidados donde cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene catorce necesidades básicas que tienen que satisfacer para mantener su integridad física y psicológica para promover su desarrollo y crecimiento.

⁸ García P. A. *“Fundamentación Teórica para el cuidado”* División de Educación Continua y Desarrollo Profesional Escuela de Enfermería y Obstetricia UNAM Reimpresión 2006 pp. 181 182

- 1° Respiración con normalidad.
- 2° Comer y beber en forma adecuada
- 3° Eliminar los desechos del organismo.
- 4° Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5° Descansar y dormir
- 6° Elegir la ropa adecuada
- 7° Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8° Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- 9° Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás
- 10° Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11° Actuar con arreglo a la propia fe.
- 12° Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo
- 13° Disfrutar o participaren diversas formas de entretenimiento.
- 14° Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar

a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden apararse por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimiento.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo, sin embargo dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física. Variables: Estados patológicos.⁹

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

DEFINICION DE HENDERSON DE LOS 4 NUCLEOS BÁSICOS DEL META PARADIGMA DE ENFERMERÍA.

El meta paradigma de Enfermería es el primer nivel de los cuidados de enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados de enfermería y salud de una forma general.

Cuidados de Enfermería: Su función principal es ayudar al individuo sano o enfermo, actúa como miembro de un equipo médico, una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología, debe saber valorar las necesidades

⁹ *Ibidem pp. 243 - 244*

humanas básicas y los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona: El paciente como individuo necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables así se contempla al paciente y su familia como una unidad.

Entorno: Todas las personas que están sanas pueden controlar su entorno pero cuando están enfermos puede interferir en dicha capacidad.

Salud: La salud es la calidad de vida, siendo fundamental para el funcionamiento humano, como la independencia es la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería, teniendo salud mental y física permite a la persona a trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital, teniendo salud habrá más vida.¹⁰

Afirmaciones Teóricas:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente están van desde una relación muy independiente a la práctica independiente. La Enfermera como sustituto del paciente, la Enfermera como auxiliar del paciente y la Enfermera como compañera del paciente.

La enfermera como sustituta del paciente cuando existe una enfermedad grave se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento, la enfermera ayuda al paciente para recuperar su independencia sana.

La enfermera debe tener la capacidad de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que lo alteran. La enfermera y el paciente siempre trabajan por un mismo objetivo el de la salud, la enfermera debe ayudar al paciente a llevar una vida cotidiana lo más normal posible

¹⁰ Kozier B. Erb. G. *"Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica"* quinta edición, (España) Editorial Mcgraw: Hill Interamericana 2005 p. 43

debe enseñar a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

La relación Enfermera - Médico la función de la Enfermera es diferente a la del Médico, su función es independiente pero existe una relación de trabajo. El plan asistencial formulado por la Enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el Médico.

La Enfermera como miembro del equipo sanitario. La enfermera es independiente pero cada miembro de salud tiene su participación asistencial para que el individuo recupere su salud incluyendo al paciente y su familia.¹¹

¹¹ *Ibidem* p. 45

CAPITULO III

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: Adriana Z. S. **Edad:** 26 años **Sexo:** Femenino
Estado civil: Casada **Escolaridad:** Secundaria terminada **Ocupación:** Ama de casa
Talla: 1.50 cm. **Religión:** Católica **Lugar de nacimiento:** México D.F.
Diagnostico Médico: Enfermedad Trofoblastica Gestacional.
Nivel Socioeconómico: Medio. **Fuente de información:** Entrevista directa.
Familiar Responsable: Esposo.
Domicilio: Calle 15 de Septiembre lote 70-A Colonia Atlacomulco.

3.2 PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Se trata de la señora Adriana Z.S. de 26 años de edad, la cual acude a la consulta del modulo mater del Hospital General "Dr. José G. Parres", el día 24 de febrero del 2010, por presentar sangrado transvaginal de regular cantidad y un retraso menstrual de 8 semanas, una ultrasonografía obstétrica, con un diagnostico de embarazo molar que fue tomado de forma particular, la cual es ingresada al servicio de toco cirugía de la institución ya mencionada.

Al ingreso al servicio, se interroga a la paciente y menciona los siguientes antecedentes relevantes, además de las visitas domiciliarias que se le realizan posteriores a su alta.

Vive en casa propia con su familia esposo e hijo, zona urbana, nivel socioeconómico medio, cuenta con todos los servicios necesarios, sanitarios y recursos para la salud solo públicos.

Papás aparentemente sanos, toxicomanías negadas, grupo sanguíneo: O positivo, antecedentes ginecoobstetricos, menarca a los 11 años, ritmo 3 por 28 días, inicia vida sexual activa a los 21 años, fecha de última menstruación 2 de enero del 2010, gesta dos, partos uno, cesárea cero, abortos uno, cuadro de inmunizaciones completo, peso antes del embarazo 50 kg., peso actual 50 kg., talla 1.50 cm., IMC 21.7.

A la exploración se encuentra con los siguientes signos y síntomas:

T/A: 100/60, F/C: 78 por minuto, F/R: 20 por minuto, Temperatura: 36.7, inicio su padecimiento hace una semana, con náuseas, palidez de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, pesadez, cansancio y sangrado transvaginal de escasa cantidad oscuro, se toman exámenes del laboratorio en sangre, con una hemoglobina de 10 mg, hematocrito de 33 mg, plaquetas 95,000, glucosa 85 mg, colesterol 160 mg, triglicéridos 150 mg, gonadotropina corionica hasta 500,000 UI; las cuales se encuentran elevadas, así como una ultrasonografía obstétrica que fue nuevamente tomado para confirmar el diagnóstico de un embarazo molar, porque no muestra partes fetales y latido cardiaco del feto.

El tratamiento establecido por el médico es un legrado uterino instrumental, para obtener la mola y mandarlo a patología para su estudio, se le explica todo el procedimiento que se le va a realizar a la paciente, y lo acepta porque se le explica que está en riesgo su vida.

3.3 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

Datos de dependencia e independencia obtenidos a través de la entrevista directa y observación, según la guía de valoración.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Datos objetivos

Signos vitales:

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Frecuencia cardíaca: 78 x'

Presión arterial: 100/60

Temperatura: 36.7

Datos subjetivos

Refiere la paciente que presenta sangrado transvaginal moderado.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Datos objetivos

Su peso antes del embarazo era de 50 kg., talla: 1.50, el peso actual por el embarazo es de 50 kg., IMC. 21.7, se observan mucosas orales secas y deshidratadas.

Presenta hemoglobina de 10mg.

Datos subjetivos

Refiere la ingesta de los alimentos carne 5 veces a la semana, lácteos diariamente en poca cantidad por presentar náuseas, agua un litro diario, frutas y verduras 5 veces a la semana, leguminosas diariamente, ingiere poca cantidad de líquidos.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Datos objetivos

No hay manifestación.

Datos subjetivos

La paciente manifiesta no tener problemas al orinar y evacuar.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN UNA BUENA POSTURA:

Datos objetivos

No hay manifestación.

Datos subjetivos

No hay manifestación.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Datos objetivos

Presenta ojeras y bostezos durante la entrevista

Datos subjetivos

Refiere que desde el principio del embarazo, sentía un cansancio físico, aun cuando duerme 6 horas por la noche, por lo que deja de hacer sus caminatas por las tardes.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Datos objetivos

No hay manifestación.

Datos subjetivos

Su ropa es adecuada para su edad, se cambia diario de ropa interior y exterior, usando playeras, jeans y tenis para sentirse cómoda y así poder realizar durante el día todas sus actividades.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Datos Objetivos

Se encuentra con una temperatura corporal adecuada de 36.7 sin alteración.

Datos subjetivos

No hay manifestación.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL:

Datos objetivos

Presenta mucosas orales secas.

Datos subjetivos

Su aspecto personal es limpio, manifiesta que se baña por la mañana todos los días, cepillado de dientes 2 veces al día (mañana y noche), aseo de manos antes de comer y después de ir al baño y cuando es necesario, piel hidratada, uñas limpias y cortas, cabello peinado limpio y recogido.

9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS:**Datos objetivos.**

Durante la entrevista la señora presenta ansiedad, temor, duelo, llanto y culpa por su embarazo complicado.

Datos subjetivos

Refiere cefalea en momentos de estrés

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:**Datos objetivos**

No hay manifestación.

Datos subjetivos

Refiere la paciente que tiene buena relación con su esposo y su hijo, manifiesta que cuando su esposo llega de trabajar ella lo atiende, manteniendo buena comunicación a la hora de los alimentos, porque dice que como matrimonio siempre están unidos en los momentos buenos y malos, también convive con su suegra y mantiene buena relación porque viven en el mismo terreno.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS:**Datos objetivos**

La señora durante la entrevista llora constantemente

Datos subjetivos

La señora vive su duelo manifestando sentimientos de tristeza y culpa por la pérdida de su embarazo.

Es de religión católica ella y su familia, acostumbran a ir a misa todos los domingos a las 12:00 p.m., mantienen su fe en Dios, donde le inculcan a su hijo principios y valores sobre todo el amor, el respeto y la confianza para sentirse satisfechos espiritualmente.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Datos objetivos

No hay manifestación.

Datos subjetivos

Su ocupación es de ama de casa, confiesa que se siente contenta con lo que realiza, ya que su esposo satisface las necesidades económicas para ella y su hijo.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Datos objetivos

No hay manifestación.

Datos subjetivos

Comenta que realizaba actividad física era de caminar por las tardes antes de su embarazo por lo regular después de ir a misa se van en familia a ver el partido de fútbol al campo o al zócalo.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Datos objetivos

Desconocimiento de su estado de gravedad.

Datos subjetivos

Estudio hasta el tercer grado de secundaria ya que proviene de una familia de bajos recursos y tuvo la necesidad de trabajar y dejar los estudios, la fuente de información que ella recibe es por medio del médico y la enfermera.

3.4 VALORACION CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidades	Manifestaciones
1. Oxigenación.	Presenta sangrado transvaginal moderado.(disminución del volumen de sangre)
2. Nutrición	Sin alteración.
3. Eliminación	Sin alteración.
4. Movimiento	Sin alteración.
5. Descanso	Manifiesta cansancio la paciente aun cuando duerme sus seis horas.
6. Higiene	Sin alteración.
7. Termorregulación	Sin alteración.
8. Cuidados de la piel	Sin alteración..
9. Riesgos y peligros	Presenta nauseas, temor y dolor por la pérdida del embarazo. Ansiedad y angustia. Inquietud para manifestarse con sus familiares.
10. Comunicación	Tristeza y desconsuelo. Aislamiento.
11. Creencias y valores	Negación de la fe y desesperanza.
12.Realización	Sin alteración.
13.Recreación	Sin alteración.
14.Aprendizaje	Desconocimiento de su patología, complicaciones y signos de alarma.

3.5 PRIORIDAD DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

- Riesgo de sangrado relacionado con las complicaciones del embarazo molar.
- Dolor agudo(cefalea), relacionado por agentes lesivos biológicos manifestado por informe verbal del dolor.
- Náuseas relacionado con el embarazo manifestado por la aversión a los alimentos y sensación nauseosa.
- Alteración del sueño relacionado con actividad diurna, inadecuada manifestado por fatiga.
- Duelo relacionado con la inestabilidad emocional manifestado por el sufrimiento emocional persistente.
- Temor relacionado con una situación potencialmente estresante, manifestado por aumento de la tensión.
- Interrupción de los procesos familiares relacionado en el cambio del estado de salud, de un miembro de la familia manifestado por cambios en los patrones y cambios en las conductas de reducción del estrés.
- Ansiedad relacionada con amenaza para el estado de salud manifestado por temor y aumento de la tensión.
- Deterioro de la interacción social relacionado con el aislamiento terapéutico manifestado por incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social: pertenencia, cariño e interés.

- Desesperanza relacionado con la pérdida de la fe en un poder espiritual manifestado por claves verbales(p.ej;contenido pesimista ,<<No puedo>>, suspiros).
- Sufrimiento moral relacionado con decisiones sobre el tratamiento manifestado por expresar angustia, impotencia, culpa, frustración, ansiedad, incertidumbre y temor, por la dificultad de actuar basandose en la propia lección moral.
- Conocimiento deficiente relacionado con la mala interpretación de la información y limitación cognitiva manifestado por verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones

3.6 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD NUEVE SEGURIDAD

Dominio: 12 Confort **Clase :** 1 : Confort Físico **Dolor Agudo:** 00132

DEFINICION: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesion tisular real o potencial o descrita en tales terminos, inicio subitito o lento de cualquier intensidad leve o grave con un final anticipado o previsible y una duracion menor de 6 meses. ¹²

DIAGNOSTICO: Dolor agudo(cefalea), relacionado por agentes lesivos biologicos manifestado por informe verbal del dolor.

NIC INTERVENCIONES

2210 – Administracion de analgèsicos(Dolac). ¹³

ACTIVIDADES

Evaluar la eficacia de las medidas para el dolor.

Realizar valoracion exhaustiva del dolor.

Observar claves no verbales.

Asegurar que la paciente reciba cuidados analgesicos correspondientes.

Administrar analgesicos según prescripcion medica .

RESULTADO

NOC 1605 Control del dolor con analgèsico.¹⁴

INDICADOR 160511 Refiere dolor controlado.

ESCALA 4 Frecuentemente demostrado.

EVALUACION: A la aplicación de los medicamentos cede el dolor de la paciente.

¹² NANDA internacional *diagnósticos enfermeros definición y clasificación* (2009 2011) editorial ELSEVIERespaña 2010 pp. 143

¹³ Comisión Asesora de cuidados y Enfermería del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, *Planes de cuidados de Enfermería* Enero 2006, Málaga, pp. 62

¹⁴ *Ídem*, pp. 61

NECESIDAD UNO RESPIRACION

Dominio: 4 Actividad/Reposo **Clase:** 4 Respuesta Cardiovascular/Pulmonar **Riesgo de Sangrado:** 00206

DEFINICIÓN: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.¹⁵

DIAGNOSTICO: Riesgo de sangrado relacionado con las complicaciones del embarazo molar.

NIC INTERVENCIONES

6650 – Vigilancia.¹⁶

ACTIVIDADES

Toma de biometría hemática

Valoración de resultados y determinar cambios.

Monitorizar signos vitales.

Vigilar a la paciente, por si se produce hemorragia, observando cambios de conducta o pérdida de la conciencia.

Vigilar cantidad de sangrado Transvaginal.

RESULTADO

NOC 1902 Control de riesgo¹⁷

INDICADOR 190211 Supervisar cambios en el estado de salud.

ESCALA 5 Siempre demostrado.

EVALUACION Se logra que la paciente ingiera una dieta rica en hierro para el aumento de su hemoglobina.

¹⁵ *Ibidem,pp:146*

¹⁶ *Ibidem,pp:127*

¹⁷ *Idem,pp:126*

NECESIDAD CINCO REPOSO Y SUEÑO

Dominio: 4 Actividad y reposo **Clase:** 1 Sueño/Reposo **Deprivacion de sueño:** 00096

DEFINICION: Periodos de tiempo prolongado sin sueño(suspension periodica , naturalmente sostenida, de relativa inconciencia). ¹⁸

DIAGNOSTICO: Alteración del sueño relacionado con actividad diurna, inadecuada manifestado por fatiga.

NIC 1850 Mejorar el sueño¹⁹

ACTIVIDADES

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

Establecer y respetar un horario para dormir .

Proporcionar un entorno agradable y tranquilo.

Orientar al paciente para que adopte una forma comoda que facilite su descanso y sueño.

Determinar el esquema de sueño.

Proporcionar una cama limpia y comoda.

RESULTADOS

NOC 0004 Sueño ²⁰

INDICADOR 000404 Calidad del sueño.

000405 Eficacia del sueño.

ESCALA

1 Gravemente comprometido

EVUALACION: La paciente logra dormir y descansar más tiempo.

¹⁸ *Ibidem*, pp. 115

¹⁹ *Ibidem*, pp. 133

²⁰ *Ídem*, pp. 132

NECESIDAD NUEVE SEGURIDAD

Dominio: 12 Confort **Clase:** 1 Confort Físico **Nauseas:** 00134

DEFINICION: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.²¹

DIAGNOSTICO: Nauseas relacionado con el embarazo manifestado por la aversión a los alimentos y sensación nauseosa

NIC INTERVENCIONES

1450 – Manejo de las nauseas.²²

ACTIVIDADES

Identificar factores que puedan causar o contribuir a las nauseas.

Identificar estrategias exitosas en el alivio de las nauseas.

Ministrar antieméticos eficaces para evitar las nauseas según prescripción médica.

Ingesta de cantidades pequeñas de alimentos, dieta seca y repartida en quintos

Verificar el estado de hidratación.

Fomentar el descanso y el sueño adecuado para facilitar el alivio de las nausea.

RESULTADO

NOC 1618 Control de nauseas y vomito.²³

INDICADOR 161808 Utiliza adecuadamente medicamentos antieméticos.

ESCALA 4 Frecuentemente Demostrado.

EVALUACION: Se logra la administración de antieméticos para evitar la nausea.

²¹ *Ibidem*,pp:351

²² *Ibidem*,pp:137

²³ *Idem*,pp:136

NECESIDAD NUEVE SEGURIDAD

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés **Clase:** 2 Respuesta de afrontamiento

Duelo: 00136

DEFINICION: Complejo, proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.²⁴

DIAGNOSTICO: Duelo relacionado con la inestabilidad emocional manifestado por el sufrimiento emocional persistente.

NIC 5290 Facilitar el duelo²⁵

ACTIVIDADES

Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida y escuchar las expresiones de duelo.

Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

Animar a la paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.

Proporcionar la información solicitada por el paciente.

Remitir a grupo de apoyo, si procede.

RESULTADOS

NOC 1304 Resolución de la Aflicción²⁶

INDICADOR 130403 Verbaliza la realidad de la pérdida.

130420 Progresa en las fases de la aflicción.

ESCALA 4 Frecuentemente Demostrado.

EVALUACION: La paciente fue canalizada con profesional de la salud en Tanatología y poco a poco fue superándolo.

²⁴ *Ibidem*, pp. 264

²⁵ *Ibidem*, pp. 62

²⁶ *Ídem*, pp. 61

NECESIDAD NUEVE SEGURIDAD

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés **Clase:** 2 Respuesta de afrontamiento

Temor: 00148

DEFINICION: Respuesta a la percepcion de una amenaza que se reconoce concientemente como un peligro.²⁷

DIAGNOSTICO: Temor relacionado con una situacion potencialmente estresante, manifestado por aumento de la tensiòn.

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento²⁸

ACTIVIDADES

Mostrar calma, escuchar los miedos del paciente y permanecer con èl, fomentando su seguridad.

Explicar al paciente o familia todas las pruebas y procedimientos.

Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

RESULTADOS

NOC 1404 Autocontrol del miedo²⁹

INDICADOR 140415 Mantiene el sentido del proposito a pesar del miedo.

140417 Controla la respuesta del miedo.

ESCALA 4 Frecuentemente Demostrado.

EVALUACION: Se logra que la paciente con el apoyo emocional y la conversacion con ella, disminuye su temor.

²⁷ *Ibidem*, pp. 274

²⁸ *Ibidem*, pp. 102

²⁹ Ídem, pp. 101

NECESIDAD NUEVE SEGURIDAD

Dominio: 7 Rol/relaciones **Clase:** 2 Relaciones familiares. **Interrupcion de los procesos familiares:** 00060

DEFINICION: Cambios en las relaciones o en el funcionamiento familiar.³⁰

DIAGNOSTICO: Interrupción de los procesos familiares relacionado en el cambio del estado de salud, de un miembro de la familia manifestado por cambios en los patrones y cambios en las conductas de reducción del estrés.

NIC 7140 Apoyo a la familia³¹

ACTIVIDADES

Responder a sus preguntas o ayudarles a obtener respuestas.

Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.

Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

Ayudar a la familia para tomar decisiones acerca de los cuidados de la paciente.

RESULTADOS

NOC 2604 Normalizacion de la familia³²

INDICADOR 260401 Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar la rutina de la familia.

260402 Reconocimiento de la vida de la familia como esencialmente Normal.

ESCALA 5 Siempre demostrado.

EVALUACIÓN: Proporcionar a la paciente orientación para disminuir la necesidad de la separación de la familia.

³⁰ *Ibidem*, pp. 213

³¹ *Ibidem*, pp. 328

³² *Ídem*, pp. 415

NECESIDAD NUEVE SEGURIDAD

Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés. **Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento.

Ansiedad: 00146

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.³³

DIAGNOSTICO: Ansiedad relacionada con amenaza para el estado de salud manifestado por temor y aumento de la tensión.

NIC 5820 Disminución de la ansiedad.³⁴

ACTIVIDADES

Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.

RESULTADOS

NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad.³⁵

INDICADOR 140204 Busca información para reducir la ansiedad.

140215 Afrontamiento de los problemas.

ESCALA 4 Frecuentemente demostrado.

EVALUACIÓN: La paciente expresa lo que siente y de esta manera logra disminuir su ansiedad.

³³ *Ibidem*, pp. 251

³⁴ *Ibidem*, pp. 36

³⁵ *Ídem*, pp. 35

NECESIDAD DIEZ COMUNICACION

Dominio: 7 Rol/relaciones **Clase:** 3 Desempeño del Rol.

Deterioro de la interacción social : 00052

DEFINICIÓN: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.³⁶

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la interacción social relacionado con el aislamiento terapéutico manifestado por incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social: pertenencia, cariño e interés.

NIC 5000 Relaciones complejas en el hospital.³⁷

ACTIVIDADES

Crear un clima cálido y de aceptación.

Estar atento a los mensajes no orales del paciente.

Animar al paciente a tomarse el tiempo necesario para expresarse.

Apoyar los esfuerzos del paciente para interactuar con los demás en forma positiva.

Facilitar los intentos del paciente por analizar las experiencias de la relación terapéutica.

RESULTADOS

NOC 5001 Disposición para mejorar la comunicación.³⁸

INDICADOR 501001 Comunicación expresiva.

501002 Motivación, satisfacción del paciente, usuario y comunicación.

ESCALA 4 Frecuentemente demostrado.

EVALUACIÓN: Comprender y escuchar al paciente siempre que lo necesite.

³⁶ *Ibidem*, pp. 208

³⁷ *Ibidem*, pp. 710

³⁸ *Ídem*, pp. 720

NECESIDAD ONCE CREENCIAS Y VALORES

Dominio: 6 Autopercepción . **Clase:** 1 Autoconcepto. **Desesperanza :** 00124

DEFINICIÓN: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho. ³⁹

DIAGNÓSTICO: Desesperanza relacionado con la pérdida de la fe en un poder espiritual manifestado por claves verbales (p.ej; contenido pesimista ,<<No puedo>>, suspiros).

NIC 5270 Apoyo emocional. ⁴⁰

ACTIVIDADES

Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza.

Favorecer la conversación y el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Ayudar a que la paciente reconozca los sentimientos de miedo y temor.

RESULTADOS

NOC 1205 Autoestima. ⁴¹

INDICADOR 120502 Aceptación de las propias limitaciones.

120508 Capacidad personal de recuperación.

ESCALA 4 A veces positiva.

EVALUACIÓN: La paciente logra superar su dolor por medio de la oración.

³⁹ *Ibidem*, pp. 182

⁴⁰ *Ibidem*, pp. 54

⁴¹ *Ídem*, pp. 53

NECESIDAD ONCE CREENCIAS Y VALORES

Dominio: 10 Principios vitales. **Clase:** 3 Valores/creencias/congruencia de la acción.

Sufrimiento moral : 00175

DEFINICIÓN: Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones /acciones éticas/morales elegidas. ⁴²

DIAGNÓSTICO: Sufrimiento moral relacionado con decisiones sobre el tratamiento manifestado por expresar angustia, impotencia, culpa, frustración, ansiedad, incertidumbre y temor, por la dificultad de actuar basándose en la propia lección moral.

NIC 5420 Apoyo emocional. ⁴³

ACTIVIDADES

Ayudar al paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

Identificar la aparición de signos de sufrimiento.

Potenciar las visitas de personas identificadas como de soporte.

Proporcionar los objetos espirituales deseados de acuerdo con las preferencias del paciente.

RESULTADOS

NOC 2001 Salud moral. ⁴⁴

INDICADOR 200101 Integridad de la familia.

200105 Expresión de confianza.

ESCALA 3 Moderadamente comprometido.

EVALUACIÓN: Escuchar y orientar a la paciente y a su familia.

⁴² *Ibidem*, pp. 293

⁴³ *Ibidem*, pp. 99

⁴⁴ *Ídem*, pp. 100

NECESIDAD CATORCE APRENDIZAJE

Dominio: 5 Percepción/cognición. **Clase:** 4 Cognición.

Conocimientos deficientes: 00126⁴⁵

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Diagnostico: Conocimiento deficiente relacionado con la mala interpretación de la información y limitación cognitiva manifestado por verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones

NIC Intervenciones⁴⁶

5206 Enseñanza proceso enfermedad

Actividades

Describir signos y síntomas de enfermedad

Proporcionar información a la familia sobre el proceso de enfermedad del paciente

Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar complicaciones

Describir el funcionamiento de las recomendaciones del control terapia tratamiento

Orientar sobre los signos de alarma.

NOC Resultados⁴⁷

0907 Elaborar información

Indicador: 090703 Verbalizar un mensaje coherente.

090709 Comprender una frase.

190208 Modifica el estilo de vida.

Escala: Siempre demostrado.

Evaluación: Se proporciono información clara a la paciente y su familia acerca de su tratamiento adecuado a su padecimiento para llegar a un término favorable.

⁴⁵ NANDA internacional Op.Cit. pp. 169

⁴⁶ Bulechek Gloria *clasificación de intervenciones de enfermería NIC* editorial ELSEVIER España 2009 pp. 387

⁴⁷ Bulechek Gloria *clasificación de intervenciones de enfermería NOC* editorial ELSEVIER España 2009 pp. 414

IV CONCLUSIONES

La conclusión que apporto de este proceso de atención de enfermería es que de cada 1000, una pacientes padece la enfermedad Trofoblastica Gestacional con una falta de información o con información errónea lo cual llegan a presentar complicaciones, así como presentar signos que nos permiten tomar decisiones para un mejor control y tratamiento que a su vez nos permita brindar cuidados con conocimiento dentro de su aplicación y práctica, de nosotros los profesionales de enfermería y obstetricia. Donde se proporciona de manera integral los cuidados de enfermería a una paciente con patología ETG.

Es por ello que aplique el modelo conceptual de Virginia Henderson a una paciente, lo primero que realice fue una entrevista de concertación y posterior de afirmación, para obtener la información más fiable posible, esto me dio origen a la elaboración de diagnósticos de enfermería, además de esto me permitiría aplicar las intervenciones elaboradas, y en su momento saber si eran congruente con sus necesidades o hacer cambios necesarios.

Me queda claro que para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería es importante tener los conocimientos suficientes que permitan identificar las necesidades de la persona para poder construir los diagnósticos de enfermería donde las intervenciones que permitan satisfacer sus necesidades como ser humano.

V SUGERENCIAS

- Estandarizar el uso del Proceso de Atención de Enfermería en las Instituciones de salud para beneficio del mismo personal así como para los pacientes y brindar una atención específica, oportuna y de calidad.
- Implementar en todas las instituciones de salud, capacitaciones continuas para todo el personal específicamente programas sobre el manejo del Proceso de Atención de Enfermería ya que no todo el personal conoce el manejo de este y la importancia que tiene.
- Fomentar en el personal de enfermería, actitudes, críticas y determinantes para detectar alteraciones en los pacientes y evitar complicaciones futuras.
- Implementar programas de educación para la población acerca de los padecimientos más frecuentes y la importancia de la detección oportuna de estos.
- Introducir y definir desde la escuela de enfermería los diferentes instrumentos y modelos de valoración que hay para su aplicación en las practicas hospitalarias.

VI BIBLIOGRAFIA

- BAILY Raffensperger Ellen *Manual de Enfermería Materno Infantil* editorial original océano/centrum impreso en España pp. 716 -720. Año 2009.
- Carpenito Juall ,*Manual de Diagnósticos de Enfermería*, Novena edición, Editorial Mc Graw-hillInteramericana, México 1999-2000.
- Decherney H. Alan , Lauren Nathon, T. Murphy Goodwin, Neri Laufer. *Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricos*. 9ª ed., Manual Moderno, editorial: Moderno S.A de C.V. Año 2008.
- *DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación 2009 – 2011*, (2010) NANDA International Barcelona España Ed Elsevier.
- Haya Carlos , *“Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería”* . Enero 2006, Málaga. Comisión Asesora de Cuidados y Enfermería del Hospital Regional Universitario.
- Henderson Virginia (1978) *the concepts of nursing journal of advanced* , Marzo.
- Henderson Virginia, *Enfermeras Teóricas* – (Consultado el 9 de febrero del 2010). Disponible en: www.Terra.es/personal/duenas /teorias2.htm.
- *Historia del Hospital General Cuernavaca* (consultado el día 18 de febrero del 2010). Disponible en: [Http://www.bibliotecas.tv/zapata/zapatistas/parres.html](http://www.bibliotecas.tv/zapata/zapatistas/parres.html).
- IYER Patricia et al (1997) *Proceso y Diagnostico de Enfermería*.

- Jiménez Trujano Laura, Catalina Mendoza Colorado, Adelina Montoya Martínez . (Compiladoras), *Antología Obstetricia II*, Editorial ENEO, México D.F. 2008. pp. 100 a 103.

- KOSIER, *Fundamentos de Enfermera* editorial MC, Graw Hill interamericana, séptima edición Madrid España 2005.

- Lippincott J.B. L Company, *Manual de la enfermería*, Grupo Océano, Editorial Océano, año 2006. Realizado en España. pp. 709 a 712.

- Masson. *Enciclopedia ginecología – obstetricia*. Elsevier EMC. 2006.

- McCloskey Dochterman Joanne, Bulechek Gloria M., Butcher Howard K. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4ª ed., Elsevier, España 2005.

- Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elizabeth. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NOC)*. 3ª ed., Elsevier, España 2005.

- *Proceso de enfermería*. (Consultado el día 20 de febrero 2011). Disponible en www.enfermerasfundamentalproceso.deenfermeria.com

- Ramírez Alonso, F. (2006) *Obstetricia para la Enfermera Profesional*, Ed. El manual moderno S.A. de C.V., México D.F. 4ta reimpresión pp. 195 a 198.

- Rodríguez Pinto M., *Anatomía y Fisiología*, Novena edición, México D.F., Editorial Progreso 2007 pp. 140

ANEXOS

VII

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

7.1 INSTRUMENTO DE VALORACION DEL EMBARAZO CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE	SRA. ADRIANA Z S UNIDAD HOSP. GENERAL		FECHA	24 FEBRERO 2010					
CEDULA			SERVICIO	TOCOCIRUGIA	GRUPO SANGUINEO	O	RH	+	
EDAD	26	ESTADO CIVIL	CASADA	OCUPACION:	AMA DE CASA	ESCOLARIDAD :	SECUNDARIA		
DOMICILIO	15 DE SEPTIEMBRE NO. 70-A COL. ATLAC			TELEFONOS	3 15 58 05				
LUGAR DE ORIGEN	CUERNAVACA	SEMANAS DE AMENORREA	4	FAMILIAR RESPONSABLE	SR. FRANCISCO CHÁVEZ C.				

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	POR MINUTO	DISNEA		RINITIS		GRIFE		ASMA	
TOS		ORTOPNEA		CIANOSIS UNGUEAL		CIANOSIS BUCAL		OTROS		

2. NECESIDADES NUTRICIONALES E HIDRATACION.

PESO ANTES DEL EMBARAZO	50	KG	PESO ACTUAL	50	KG	TALLA	150 cm.
HEMOGLOBINA	10	HEMATOCRITO	33	COLESTEROL	160	TRIGLICERIDOS	150

3. NECESIDAD DE ELIMINACION.

ELIMINACION INTESTINAL	DIARIO		CADA TERCER DIA		CARACTERISTICAS		USO DE LAXANTES	
ELIMINACION VESICAL	HORARIO		CADA 3 HRS APROX		CARACTERISTICAS	ORINA AMARILLA CLARA		

4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO

CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA	78	POR MINUTO	TENSION ARTERIAL	110 / 60	mmHg.
ALTERACIONES CARDIACAS		PATOLOGIA CARDIACA		CARACTERISTICAS	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL		151-160		110 Y MENOS	
INTENSIDAD		RITMO		ALTERACIONES	
MOTILIDAD FETAL ESPONTANEA		MOTILIDAD FETAL CON ESTIMULO		HIPOMOTILIDAD	

CEREBRAL

CEFALEA		TEMBLORES		DEPRESION		ANSIEDAD		INSOMNIO	
NIVEL DE CONCIENCIA:	CONSCIENTE		SEMICONSCIENTE		INCONSCIENTE				
RESPUESTA PUPILAR:	NORMAL		MIDRIASIS		MIOSIS		ANISOCORIA		
APERTURA DE OJOS:	ESPONTANEA		CON ESTIMULO						
RESPUESTA VERBAL:	CONGRUENTE		INCONGRUENTE						
RESPUESTA MOTORA:	VOLUNTARIA		LIMITADA		IMPOSIBILITADA		CONVULSIONES		

PERIFERICO

PULSO RADIAL:	AUSENTE		DEBIL		NORMAL		FUERTE	
COLOR DE LA PIEL:	PALIDEZ		CIANOSIS		ICTERIA		RUBOR	
LLENADO CAPILAR:	NORMAL		DISMINUIDO				CLOASMA	
CRECIMIENTO DE MAMAS:	TURGENTES		PEZON INVERTIDO		PEZON PLANO		PEZON NORMAL	
CRECIMIENTO UTERINO		ALTURA UTERINA		ACTITUD				
PESO FETAL POR VALORACION DE JHONSON	TOSHACH	2500-3499GR		2000-2499 GR		3500-3999GR		
MENOS 2000		4000 Y MAS						
PRESENTACION FETAL		POSICION FETAL		SITUACION FETAL				
PRODUCTO UNICO		2 O MAS PRODUCTOS						

TRABAJO DE PARTO.

FECHA Y HORA INICIO TRABAJO DE PARTO

PARTO ESPONTANEO INDUCIDO CONDUCTIVO PROGRAMADO

NACIMIENTO POR CESAREA URGENCIA

DILATACION CERVIX CADA HORA 1-2 3 Y MAS ESTACIONARIA

EVOLUCION DE LA GRAFICA DE FRIEDMAN FASE LATENTE FASE ACTIVA FASE DE DESACELERACION

ACTIVIDAD UTERINA CONTRACCIONES

FRECUENCIA EN 10 MINUTOS -3 3-4 +5 DURACION SEG. 40-60 61-90 +90

INTENSIDAD NORMAL BAJA ELEVADA TONO NORMAL HIPOTONICO HIPERTONICO

VALORACION DE LA PERLVIS UTIL LIMITE O DUDOSA DESPROPORCION

PELVIMETRIA INTERNA NO SE TOCA PROMONTORIO SE TOCA SEGUNDA SACRA SE TOCA EL PROMONTORIO

PELVIMETRIA EXTERNA BICIATICO DE 9 O MÁS cm. BICIATICO DE 7 A 8 cm. BICIATICO MENOR DE 7 cm.

APERTURA DE OJOS: ESPONTANEA CON ESTIMULO

RESPUESTA VERBAL: CONGRUENTE INCONGRUENTE

RESPUESTA MOTORA: VOLUNTAD LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES

PERIFERICO

PULSO RADIAL: AUSENTE DEBIL NORMAL FUERTE

COLOR DE LA PIEL: PALIDEZ CIANOSIS ICTERIA RUBOR CLOASMA

LLENADO CAPILAR: NORMAL DISMINUIDO

CRECIMIENTO DE MAMAS: TURGENTES PEZON INVERTIDO PEZON PLANO PEZON NORMAL

CRECIMIENTO UTERINO ALTURA UTERINA ACTITUD

PRESENTACION FETAL POSICION FETAL SITUACION FETAL

CONTRACCIONES INDOLORAS CONTRACCIONES BRAXTON HICKS

MUSCULO ESQUELETICO

DEFORMIDADES OSEAS DEFORMIDADES ARTICULARES DEFORMIDADES MUSCULARES

MIALGIAS ARTRALGIAS VARICES ESCOLIOSIS

REGULACION FISICA

MENARCA 11 AÑOS RITMO 3X28 DEHCA DE ULTIMA MENSTRUACION 2 ENERO 2010

ACTIVIDAD

DEAMBULACION CAMINA 20 MINUTOS DIARIAMENTE SI SUBE 20 ESCALONES LABORES DIARIAS SI

REFIERE FATIGA/DEBILIDAD CUANDO: NO REFIERE FATIGA EN NINGUN EJERCICIO

EJERCICIO QUE PRÁCTICA REGULARMENTE: CAMINA NATACION AEROBIC'S OTROS (Especifique)

ACTIVIDADES A LAS QUE DEDICA EL TIEMPO LIBRE: _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO.

REPOSO

CUANTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE 6 CUANTAS HORAS DUERME POR EL DIA NO DESCANSO 20 X'

QUE APOYO UTILIZA PARA DORMIR: _____

HABITUALMENTE AL DESPERTAR SE SIENTE: CANSADA TENSA SOMNOLIENTA DESCANSADA

6. NECESIDAD DE HIGIENE.

BAÑO FRECUENCIA DIARIO LAVADO DE MANOS FRECUENCIA PEINADO DIARIO

LAVADO Y CEPILLADO DE DIENTES FRECUENCIA 3 VECES AL DIA CORTE DE UÑAS FRECUENCIA SEMANAL

CAMBIO DE ROPA TOTAL FRECUENCIA DIARIO CAMBIO DE ROPA PARCIAL FRECUENCIA DIARIO

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACION.

TEMPERATURA CORPORAL 36.7°C POCA TOLERANCIA LA FRIO POCA TOLERANCIA AL CALOR

8. NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL.

INTEGRIDAD TISULAR: DESHIDRATACION DE MUCOSAS ORALES.

HIPERPIGMENTACION LOCALIZADA EN ACNE DERMATITIS

ESTRIAS PRESENTES AUSENTES LOCALIZACION ABDOMEN

EPISIOTOMIAS NO NUMERO MOTIVO FECHA DE LA MÁS RECIENTE

OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS (DESCRIBIR TIPO, FECHA Y MOTIVO)

9. NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

SU SITUACION DE SALUD ACTUAL HA ALTERADO:

AGUDEZA VISUAL AGUDEZA AUDITIVA OLFATO
 TACTO HIPOACUSIA HIPERSENSIBILIDAD GUSTO
 SISTEMA DE APOYO QUE UTILIZA: LENTES PROTESIS LENTES DE CONTACTO PROTESIS DENTAL

PATOLOGIAS
 DIABETES NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA INSULINO DEPENDIENTE HIPOGLUCEMIANTES
 HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMIC NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS

CARDIOPATIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS

NEFROPATIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 EPILEPSIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 ENFERMEDAD TIROIDEA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 NEOPLASIAS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 RETRASO MENTAL NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 ALTERACIONES DE SALUD MENTAL NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 TOXOPLASMOSIS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 SIFILIS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 RUBEOLA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 CITOMEGALOVIRUS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 HERPES NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 SIDA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS
 CERVICOVAGINITIS NO SI LEUCORREA ARDOR VAGINAL COMEZON
 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CON VACUNAS

VACUNA CONTRA SARAMPION RUBEOLA AÑO TOXOIDE TETANICO NO 1ºDOSIS 2ºDOSIS
 ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS 2 PARTOS 1 CESAREAS ABORTOS 1 NACIDOS MUERTOS
 FECHA DE ULTIMA GESTA HACE 2 AÑOS HIJO MALFORMADO HIJO DE 4000 GR Y MAS CONSANGUINIDAD

EMBARAZO ACTUAL
 HIPERTENSION DEL EMBARAZO NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS

REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS ACUFENOS FOSFENOS CEFALEA AMAUROSIS DISPRINA JUNIOR
 EDEMA PRETIBIAL MALEOLAR MANOS GENERALIZADA
 SIGNO DE GIORDANO SIGNO DE GODETE ANASARCA

AMENAZA DE ABORTO NO SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 AMENAZA DE PARTO INMADURO NO SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO NO SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 HEMORRAGIA TRANSVAGINAL NO SI CAUSA ETG ACTIVO ESCASO SEMANAS DE GESTACION 8SDG
 RUPTURA DE MEMBRANAS NO SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 CUADRO INFECCIOSO NO SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION

CONTROL PRENATAL No. DE CONSULTAS 1 LUGAR PARTICULAR PERIODICIDAD MENSUAL
 AFRONTAMIENTO
 RECIBE APOYO PARA EL CUIDADO DE SUS HIJOS SI NO
 DE QUIEN LO RECIBE PADRES PAREJA HIJOS FAMILIAR OTROS

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO
 ALCOHOLISMO POSITIVO NEGATIVO FRECUENCIA CASUAL SOCIAL FRECUENTE
 EMBRIAGUEZ SI NO PERTENECE A ALGUN GRUPO DE AUTOAYUDA (Especifique)
 TABAQUISMO NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA TOXICOMANIAS NEGADAS

AUTOESTIMA
 CONCEPTO DE UNO MISMO COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL BUENO MALO GRAVE
 QUE HA HECHO PARA MEJORARLO Y/O PARA PREVENIR COMPLICACIONES NADA LECTURA DE GUIAS DE AUTOCUIDADO
 ATENDER CONSEJOS DE FAMILIARES Y AMIGOS SEGUIR INDICACIONES DE PROFEIONALES DE LA SALUD
 ADAPTACION
 LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR SU ESTADO ACTUAL AFECTAN EN LA FORMA EN QUE SIENTE, PIENSA O VE A SI MISMO

NO SI LO ANTERIOR LE PRODUCE ALEGRIA INDIFERENCIA DESESPERANZA
 SIGNOS DE DUELO: LLANTO DESESPERACION MIEDO
 HOSTILIDAD HACIA LAS PERSONAS SANAS REHUSA VERSE EN EL ESPEJO
 CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA ALCOHOL DROGAS AUTOLESIONES
 QUE LIMITACIONES PIENSA QUE LE ACARREARA SU PROBLEMA ACTUAL
 EN LA FUNCION SEXUAL EN SU ROL FAMILIAR EN SU ROL LABORAL
 PARTICIPACION
 SEGUIMIENTO DE REGIMENES SANITARIOS NO SI
 EN EL PASADO, CUALES _____
 ACTUALMENTE CUALES _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

FUNCION VERBAL NORMAL CON DIFICULTAD INCAPAZ
 FUNCION NO VERBAL CAPAZ INCAPAZ

11. NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES.

JUICIO
 SU EMBARAZO ACTUAL FUE: PLANEADO NO PLANEADO
 ALGUNA VEZ PENSO EN EL ABORTO NO SI QUE LE HIZO CAMBIAR DE OPINION _____
 ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA NO SI
 DESPUES DE ESTE EMBARAZO CUAL METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELEGIRA (Especifique) RITMO
 EMOCIONAL, INTEGRIDAD Y ESTADO
 PARA DUELO ANTE UNA PERDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:
 TRISTEZA DEPRESION TEMOR NEGACION CULPA
 ANTE LA POSIBLE PÉRDIDA DE UN ORGANO, FUNCION O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA PACIENTE EXPRESA:
 AFLICCION CULPABILIDAD ENOJO TRISTEZA
 CAMBIO EN PATRONES DE: SUEÑO ALIMENTACION SOCIALES DISMINUCION DE LA LIBIDO
 TEMOR EN LA ETAPA PERINATAL LA PACIENTE PRESENTA: TENSION MUSCULAR FATIGA GRITOS
 DEFICIENCIA DE ATENCION DEFICIENCIA DE CONTROL TAQUICARDIA HIPERTENSION
 EXPRESION FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL TEMOR FALTA DE CONCENTRACION
 INFORMACION VERBAL DE LA ANGUSTIA DIAFORESIS DISNEA IRRITABILIDAD ANOREXIA

12. NECESIDAD DE REALIZACION.

PATRON DE SEXUALIDAD
 RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO ACTUAL: RECHAZO ACEPTACION INDIFERENCIA
 RESPUESTA HACIA LA PAREJA: FELIZ LO IGNORA ENFADO INDIFERENCIA
 BUSCA CONTACTO FISICO CON EL PADRE SI NO
 PRESENTA CONTACTO OCULAR POSITIVO HACIA EL PADE NO SI
 SU PADECIMIENTO ACTUAL HA CONDICIONADO: CAMBIO EN SUS RELACIONES SEXUALES NO SI
 DISMINUCION DE LA LIBIDO NO SI DISPAURENCIA NO SI
 RECHAZO A LA PAREJA NO SI RECHAZO PROVENIENTE DE LA PAREJA NO SI
 DESEMPEÑO DEL ROL
 ROL QUE DESEMPEÑA EN EL HOGAR: AMA DE CASA
 RESPONSABLE DEL SUSTENTO FAMILIAR NO SI DEPENDE DE OTRO FAMILIAR NO SI
 SOCIALIZACION
 LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACEPTAN SU ESTADO ACTUAL SI NO
 VIVE CON PAREJA PADRES HIJOS SOLA OTROS

PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS ALLEGADAS
FRANCISCO CHÀVEZ RODRIGUEZ (ESPOSO)	33 Años	Mas.	Bueno
ANTONIO CHAVEZ ZEMPOALTECA(HIJO)	5 Años	Masc.	Bueno

13. NECESIDAD DE RECREACION.

ACTIVIDAD DEPORTIVA CAMINATA FRECUENCIA DIARIA GRADO DE DISFRUTE SATISFACTORIO
 ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO TELEVISION FRECUENCIA PROCURA DIARIO GRADO DE DISFRUTE SATISFACTORIO
 ACTIVIDAD CULTURAL NINGUNA FRECUENCIA _____ GRADO DE DISFRUTE _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

CONOCIMIENTO.
 PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.
 DE QUIEN HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE SU ESTADO ACTUAL MEDICO ENFERMERA PARTERA
 FAMILIARES AMISTADES OTROS _____
 LA INFORMACION QUE HA RECIBIDO HA SIDO: CLARA COMPLETA CONFUSA INCOMPLETA
 EN QUE ASPECTOS REQUIERE MAS INFORMACION: ALIMENTACION EJERCICIO LACTANCIA
 HIGIENE SEXUALIDAD CUIDADOS AL RECIEN NACIDO EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA
 CEFALEA EDEMA ACUFENOS FOSFENOS SANGRADO TRANSVAGINAL
 RUPTURA DE MEMBRANAS FALTA DE MOTILIDAD FETAL INICIO DE TRABAJO DE PARTO.
 SE HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE PARTO PSICOPROFILACTICO: NO SEÑALE LAS TECNICAS DE RELAJACION
 RESPIRATORIA PARA AUMENTAR TOLERANCIA AL DOLOR
 DISPONIBILIDAD _____

SI ESTAPROGRAMADA PARA CIRUGIA: COMPRENDIO SOBRE EL TIPO DE INTERVENCION SI NO
 DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN: CUIDADO DE LOS HIJOS DEAMBULACION TEMPRANA
 LACTANCIA MATERNA EDUCACION ALOJAMIENTO CONJUNTO TRATAMIENTO MEDICO
 METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR RITMO NIVEL DE PREPARACION ACADEMICA SECUNDARIA TERMINADA
 CURSO PSICOPROFILAXIS NO SI
 ORIENTACION
 TIEMPO (SABE QUE FECHA ES HOY) SI NO LUGAR (SABE EN DONDE SE ENCUENTRA) SI NO
 PERSONA (MENCIONE SU NOMBRE COMPLETO) SI
 MEMORIA INTACTA SOLO RECIENTE SOLO RETROGRADA
 UBICADA EN TIEMPO Y ESPACIO Y ALERTA A LOS PROCEDIMIENTO QUE SE LE REALIZO.
 RESPONSABLE DE LA VALORACION ENF. BERENICE CHAVEZ CASTILLO

FORMATO ELABORADO POR: LIC. MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ..

7.2 GLOSARIO

Amenorrea: es la falta de periodo menstrual en un momento de la vida en el cual lo normal sería que si se estuviese menstruando.

Anemia: Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales. La anemia es la consecuencia de: (a) disminución de la producción de hemoglobina o de hematíes, (b) aumento de la destrucción de hematíes o (c) pérdida de sangre.

Embrión: Producto de la concepción durante el tiempo del desarrollo de los órganos (embriogénesis), o sea, durante los tres primeros meses.

ETG: Consiste en un grupo de trastornos que tienen en común la proliferación del trofoblasto gestacional, el tejido que normalmente se convertirá en la placenta. Por ese motivo, suelen tener las mismas propiedades que el trofoblasto fisiológico, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, como la β -hCG, invasión tisular y vascular, y migración a distancia por vía hemática.

Hiperplasia: Es el aumento en la producción de células en un órgano o tejido normales. Un exceso de tejido normal.

Hiperémesis: Vómitos muy intensos y prolongados. Se usa principalmente refiriéndose a los del embarazo.

Metrorragia: Sangrado genital femenino fuera de los días de regla o durante la menopausia.

Mola: Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

7.3 EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

1. Nivel socioeconómico	Medio y alto	bajo	Muy bajo
2. Escolaridad (años aprobados)	6 o más	1 a 5	Cero
3. Edad (años)	20 - 30	15 – 19	14 o menos
4. Edad (años)		31 -35	36 o más
5. Estatura cm.	1.50 o más	1.45 – 1.49	1.44 o menos
6. Estado civil	Casada	Soltera	Sin cónyuge
7. Estado civil	Unión libre	Viuda	
8. Paridad	1 a 3	Nulípara	
9. Paridad		4 y más	
10. Partos anteriores	Normal	Difícil	Traumático
11. Intervalo intergenésico	1 a 2 años	Menos de 1 año	
12. Abortos	No	1 a 2	Más
13. Nacidos muertos	No	1 a 2	Más
14. Hijos con bajo peso	No	1 a 2	Más
15. Hijos con malformaciones	No	1 a 2	Más
16. Hijos prematuros	No	1 a 2	Más
17. Muertes neonatales	No	1 a 2	Más
18. Diabetes	No	Controlada	Activa
19. Hipertensión	No	Controlada	Activa
20. Epilepsia	No	Controlada	Activa
21. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
22. Enfermedades de la tiroides	No	Controlada	Activa
23. Enfermedades renales	No	Controlada	Activa
24. Consanguinidad	No	Si	
25. Retraso mental	No	Si	
26. Exposición a radiaciones	No	Si	
27. Carga de trabajo	Normal	Excesivo	Exagerado
28. Exposición a tóxicos	No	Si	
29. Desnutrición	No	Moderada I	Grave II
30. Anemia Hb. en gramos	10 o más	8.0 a 9.9	Menos de 8
31. Alcoholismo	No	Si	
32. Tabaquismo	No	Si	
33. Otras farmacodependencias	No	Tuvo	Actual
34. Toxoplasmosis	No	Tuvo	Actual
35. Rubéola	Tuvo		Actual
36. Citomegalovirus	No		Si
37. Herpes	No		Si
38. Sífilis	No	Tuvo	Actual
39. S.I.D.A.	No	Sospecha	Si
40. Otros especifique	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

1. DATOS GENERALES

1. Edad (años)	20 a 30	15 a 19	14 o menos
2. Edad (años)		31 a 35	36 o más
3. Peso inicial (Kg)	50 a 64	65 a 75	76 o más
4. Peso inicial (Kg)		41 a 50	40 o menos
5. Estatura (cm.)	1.50 o más	1.45 a 1.49	1.44 o menos
6. Nivel socioeconómico	Alto y medio	Bajo	Muy bajo
7. Estado Civil	Casada	Soltera	Sin cónyuge
8. Estado civil	Unión libre	Viuda	
9. Actitud	Adecuada	Inadecuada	Muy alterada

2. ANTECEDENTES.

10. Paridad	1 a 3	4 a 6	
11. Paridad		Nulípara	
12. Parto anterior	Normal	Difícil	Traumático
13. Abortos consecutivos	No	2 o más	
14. Cesáreas previas	No	Una	2 o más
15. Parto pretérmino 37 SDG	No	Uno	2 o más
16. Preeclampsia - eclampsia	No	Si	
17. Hijos 2500 grs o menos	No	Uno	2 o más
18. Hijos de 4000 grs o más	No		Si
19. Muertes perinatales	No	Uno	2 o más
20. Hijo malformado	No		Si
21. Cirugía previa	Ginecológica		Útero

EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	No		Si
23. Factor Rh	Positivo	Negativo no inmunizada	Negativo inmunizada
24. Hemoglobina en gramos	11 o más	8 a 10.9	8 o menos
25. Tabaquismo	No	Si	
26. Alcoholismo	No	Si	
27. Toxicomanías	No	Si	
28. Amenaza de aborto (20 sem. o menos)	No	Controlada	Activa
29. Amenaza de parto pretérmino (21 o mas sem.)	No	Controlada	Activa
30. Hemorragia ginecológica	No	Controlada	Activa
31. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
32. Nefropatía	No	Controlada	Activa
33. Diabetes	No	Controlada	Activa
34. Hipertensión crónica	No	Controlada	Activa
35. Hipertensión del embarazo	No	Controlada	Activa
36. Ruptura de membranas	No	12 hrs o menos	13 hrs o más
37. Otros especifique			
38.	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

1. Presión arterial Sist.	80 - 139	140 - 160	61 y más
2. Presión arterial Diast.	60 - 90	91 - 109	110 y más
3. Aumento de peso (Kg/mes)	1 a 1.5	1.6 a 2.9	3.0 o más
4. Aumento de peso (Kg/mes)		Sin aumento	Disminución
5. Aumento F.U. (cm./mes)	3 a 5	6 -7	8 y más
6. Aumento F:U: (cm./mes)		1 -2	No
7. Líquido amniótico (cantidad)	Normal	Moderado	Exagerado ↑
8. Líquido amniótico (Cantidad)		Moderado	Exagerado ↓
9. Movimientos fetales	Normal	Moderado	Exagerado
10. Movimientos fetales		Moderado	Exagerado
11. Hemorragia genital	No	Mínima	Regular
12. Membranas ovulares	Integras	Rotas 12 hrs o menos	Rotas 13 hrs o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas por horas	1 o menos	2 a 3	4 o más
14. Aborto 20 semanas o menos	No	Amenaza	En evolución
15. Parto pretérmino (21 – 36 semanas)	No	Amenaza	En evolución
16. Infección urinaria	No	Controlada	Activa
17. Otras alteraciones maternas. Especifique			
18. Otras alteraciones fetales. Especifique			
19. Otros, especifique			
	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

7.4 PROGRAMA DE EDUCACION

El Personal de enfermería está encaminado a brindar orientación y educación para la salud, de manera que la paciente pueda llevar un auto cuidado en su domicilio y se logre elevar la calidad de vida y de salud para minimizar el riesgo de complicaciones.

- Se da orientación a la Señora Adriana, sobre los cuidados que debe de seguir en su domicilio.
- Se da orientación sobre la importancia de asistir al médico.
- La paciente fue canalizada al servicio de Tanatología.
- Se le indica sobre la dieta que debe consumir y el horario.
- Explicar la necesidad de higiene y limpieza corporal.
- Explicar a la paciente sobre los signos y síntomas de alarma, como fiebre, malestar general, y dolor intenso, si se presenta alguno de estos síntomas acudir de inmediato al hospital.
- Explicar la necesidad de reposo y descanso relativo.
- Explicar las indicaciones medicas y citas posteriores.
- Brindar orientación sobre métodos de planificación familiar
- Orientar a la paciente sobre nutrición y hábitos alimenticios.
- Verifique que la información haya quedado clara precisa y concisa para la paciente.

7.4.1 PATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

7.4.2 CONCEPTO: Enfermedad Trofoblástica Gestacional: consiste en un grupo de trastornos que tienen en común la proliferación del trofoblasto gestacional, el tejido que normalmente se convertirá en la placenta. Por ese motivo, suelen tener las mismas propiedades que el trofoblasto fisiológico, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, como la β -hCG, invasión tisular y vascular, y migración a distancia por vía hemática.

7.4.3 EPIDEMIOLOGÍA

Su incidencia varía dependiendo de la localización geográfica, así en los países asiáticos es más frecuente, 1/200 embarazos, con una mayor capacidad de malignización, mientras que en los países occidentales tiene una menor frecuencia, 1/1500 embarazos, y sólo entre el 5-10% precisarán tratamiento posterior por enfermedad Trofoblástica persistente o malignización con una incidencia de 1/15,000 embarazos.

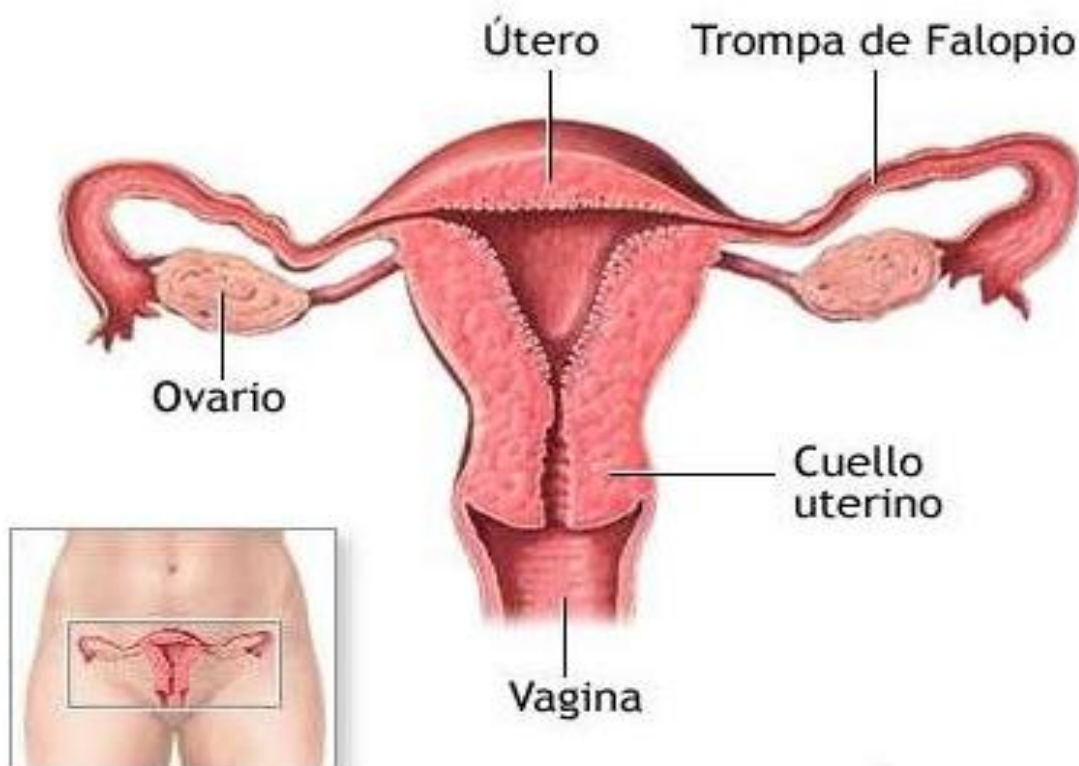
Algunos estudios en Latinoamérica reportan cifras de 4.6/1000. Las causas estarían relacionadas con dieta pobre en proteínas, lo que explicaría la alta incidencia en países pobres orientales, de carotenos-vitamina A, de la raza, y alteraciones inmunológicas maternas.

La tasa internacional de corio carcinoma ha sido reportado en valores tan altos como 1 de cada 500-600 embarazos en la India hasta 1 de cada 50.000 embarazos en México, Paraguay y Suecia.

Estas diferencias se deben probablemente a diferencias en la metodología al identificar los casos o la precisión del denominador.

7.4.4 ANATOMÍA DEL ÚTERO

El **útero**, también denominado **matriz** o **seno materno**, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera, extraperitoneal, situado en la pelvis mayor de la mujer, que cuando adopta la posición en anteversión se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás. Situado entre la vagina y las trompas de Falopio, aloja a la blástula, que se implanta en el endometrio, dando comienzo a la gestación, que en la especie humana dura unos 280 días.⁴⁸



⁴⁸ - Rodríguez Pinto M., *Anatomía y Fisiología*, Novena edición, México D.F., Editorial Progreso 2007 pp. 140

ÚTERO

El útero consta de un cuerpo, una base o fondo, un cuello o cérvix y una boca. Está suspendido en la pelvis y se coloca con la base dirigida hacia arriba y hacia adelante, y el cuello dirigido un poco hacia atrás. Está conectado con la vagina por medio del cérvix; en cada uno de sus lados hay un ovario que produce óvulos o huevos que llegan a él a través de las trompas de Falopio. Cuando no hay embarazo, el útero mide unos 7,6 cm de longitud, 5 cm de anchura y 2,5 cm de grosor. Durante la gestación, el óvulo fecundado se implanta en el revestimiento uterino, donde crece hasta alcanzar la madurez. Las paredes del útero son elásticas y se estiran durante el embarazo para albergar al feto en crecimiento. Aunque el útero es un órgano muscular posee un revestimiento de material glandular blando que durante la ovulación se hace más denso, momento en el cual está listo para recibir un óvulo fecundado. Si no se produce la fecundación, este revestimiento se expulsa durante la menstruación.

Regiones

El útero está formado por dos zonas anatómico y funcionalmente distintas que son:

- El **cuerpo uterino**, al que están unidas por los lados las trompas de Falopio. Está separado del cuello uterino o cérvix por el istmo uterino.
- El **cuello o cérvix uterino** se comunica con el istmo en su extremo superior, mientras que el extremo inferior termina haciendo protusión en la porción superior de la vagina, lo que viene en denominarse *portio u hocico de tenca*. El orificio cervical externo mediante el cual el cervix desemboca en la vagina, adquiere diferente forma según la paridad, evento que puede visualizarse mediante la colposcopia, o examen cervical directo.

Capas

El útero está recubierto parcialmente por peritoneo en el fondo uterino, en su porción más posterosuperior. Por los lados presenta los ligamentos redondos y por delante a la vejiga.

La pared del útero presenta a la sección tres capas de células que son de fuera a dentro:

- Serosa o **Perimetrio**, corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior, y al tejido laxo que se extiende por los lados del útero en lo que se denomina parametrios.
- Miometrio, formado principalmente por tejido muscular liso. La capa más interna del miometrio es una zona de transición que se engruesa en la adenomiosis.
- Endometrio, es una capa mucosa especializada que se renueva en cada ciclo menstrual de no haber fecundación. Es la porción derramada durante la menstruación o *período* a lo largo de los años fértiles de la mujer. En otros mamíferos el ciclo menstrual puede estar separado uno del otro por varios días y hasta seis meses.

FISIOLOGIA DEL ÚTERO

El útero está constituido por un cuerpo y un cuello. El cuerpo y el cuello del útero presentan diferencias fisiológicas sustanciales.⁴⁹

Cuerpo uterino

En el cuerpo uterino deben considerarse dos estructuras: el miometrio y el endometrio. El miometrio (músculo uterino) al contraerse expulsa el producto de la concepción durante el parto. Además durante la menstruación facilita la expulsión al exterior del contenido menstrual.

El endometrio, capa de células - mucosa - que reviste la superficie interna del cuerpo uterino, es el lugar de anidación y desarrollo ulterior del huevo. Esta función se cumple mediante la acción de las hormonas del ovario. En ausencia de embarazo la mucosa endometrial se desprende en forma cíclica, aproximadamente cada 28 días, (menstruación).

Cuello uterino

El cuello uterino desempeña un importantísimo papel en el mecanismo de la fecundación; en el interior del mismo (canal endocervical) se almacenan los espermatozoides y de allí ascienden a las partes altas del aparato genital (trompas). Además en el cuello uterino se segrega una sustancia, el moco cervical, que actúa como barrera defensiva impidiendo la entrada de gérmenes hacia los segmentos superiores del aparato genital.

⁴⁹*Ibidem p. 142*

Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme; está invertido y aplanado ligeramente en sentido antero posterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres, y la parte inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm. De longitud y de 5 a 6 cm. De ancho en la parte fúndica.

Para estudiar al útero, éste se divide en tres partes:

- A. Cuerpo o parte superior;
- B. Istmo, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión, y
- C. Cérvix parte inferior.

El útero está formado por 3 capas:

1. Externa. Serosa o peritoneo. Cubre todo el cuerpo excepto la parte antero-inferior, o sea la que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación del útero, que son: ligamento redondo, ligamento uterosacro, ligamento cardinal y ligamento ancho.
2. Media. Muscular o miometrio. Es la más gruesa y resistente: está forzada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras musculares, longitudinales y arciformes.
3. Interna. Endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos, por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos: arterias rectas y arterias en espiral.

7.4.5 FISIOPATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

Las principales y más frecuentes formas de las enfermedades trofoblástica gestacionales son el embarazo molar y el Coriocarcinoma, aunque la mayoría no se consideran tumores, existen variedades malignas. Un bebé puede o no desarrollarse durante estos tipos de embarazos.

No existen métodos para predecir con precisión el curso clínico de una mola hidatidiforme por sus características histopatológico. El curso clínico se suele predecir por la curva de la concentración de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en el suero sanguíneo del paciente al extraer la mola. En el 80% de los pacientes con una mola hidatidiforme benigna, los niveles de hCG en sangre bajan de manera constante a la normalidad al cabo de 8-12 semanas después de la extracción del embarazo molar. En el otro 20% de los pacientes con una mola hidatidiforme maligna, los niveles de hCG en suero, permanecen aumentados o se mantienen constantes.

La enfermedad trofoblástica gestacional es conocida desde la antigüedad. Se sabe que Hipócrates (hace más de 2500 años), fundamentado en su teoría de los cuatro humores, describió la mola hidatiforme como una hidropesía o retención de líquidos en el útero y se la atribuyó al agua insalubre.⁵⁰

Oribasius (320-400) y Aetius de Amida (siglo V) también describen reportes de embarazos molares.

Entre 1593 y 1674 Nikolaas Tulpius de Ámsterdam dio la primera descripción exacta de embarazo molar.

⁵⁰ Decherney H. Alan, *Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricos*, Novena Edición, Manual Moderno, editorial: Moderno S.A de C.V pp. 929

CLASIFICACIÓN

- Trastornos placentarios, principalmente por fecundación defectuosa. La **mola hidatídica** es una degeneración hidrópica de las vellosidades coriónica, que está limitada a la cavidad uterina, conservando, en la mayoría de los casos, la estructura de la vellosidad. Hay una degeneración de la placenta con edema y justificación de las vellosidades, formando hidátides, por lo que toma la apariencia de un gran racimo de uvas. Según Hertig es el producto anormal de una gestación caracterizada por tumefacción y degeneración hidrópica de las vellosidades coriales inmaduras, con ausencia de vascularización y tendencia proliferativa del epitelio de revestimiento.
- Mola hidatídica completa, es más frecuente y toda la placenta degenera a tejido molar, es anembrionada con material genético paterno solamente. El cariotipo en más del 90% es 46XX y raramente será XY, tiene una mayor capacidad de malignización.
- Mola hidatídica parcial, sólo degenera una parte de la placenta, con vellosidades normales y anómalas, puede ser embrionada y en ella existe material genético paterno y materno, casi siempre triploide, 69XXY o 69XXX. Tiene menores tasas de β -hCG y de malignización.
- Tumores malignos del trofoblasto:
 - Mola invasiva (antiguamente llamado corioadenoma destruens), invade la cavidad uterina y/o estructuras vecinas pero continúa conservando la estructura de la vellosidad.
 - Coriocarcinoma, hay un crecimiento invasivo en el que no se reconoce la estructura vellositaria. En el 50% de los casos en los que aparece un coriocarcinoma, la mujer había sufrido una mola.

- Tumor Trofoblastica del lecho placentario, es una forma poco común (poco más de 200 casos reportados en la literatura) que puede ocupar endometrio y miometrio. Aparece en el miometrio y endometrio, lugar donde estuvo inserto el lecho placentario Da metástasis tardía a pulmón, hígado y cerebro y tiene mayor resistencia al tratamiento quimioterápico.

Si no se dispone de diagnóstico histológico la clasificación sería la siguiente:

- Enfermedad Trofoblastica benigna, Es una enfermedad localizada benigna, no invasiva ni neoplásica, pero que en ocasiones puede producir una degeneración maligna.
- Enfermedad Trofoblastica maligna, puede aparecer tras una mola, un aborto o un embarazo a término y raramente es primario. Puede ser no metastásica o metastásica, y a veces la primera manifestación es una lesión metastásica en vagina o pulmón (sería ya una enfermedad trofoblásticas maligna metastásica), también en pelvis, riñón, Intestino, cerebro e hígado que es de mal pronóstico. Las metástasis pueden ser de alto (cerebrales) o de bajo riesgo.
- Los trastornos trofoblásticos que no son neoplásicos incluyen la reacción exagerada placentaria y el nódulo del sitio de implantación de la placenta.⁵¹

⁵¹ *Ibidem pp. 931*

7.4.6 ETIOLOGÍA

Se desconoce la etiología, y parece que hay cierto carácter familiar. Sí se ha observado que hay una cierta relación con la edad, de tal manera que en mujeres mayores de 40 años aumenta la incidencia aproximadamente 5 veces, en tanto que en mujeres con edad inferior a 20 años la frecuencia es menor, con una menor incidencia de malignizaciones y menos metástasis.

Además, existen posibilidades de repetición. Si una mujer tiene una mola, al siguiente embarazo las probabilidades de sufrir otra son del 1-2%, mientras que de experimentar un tercer embarazo, las probabilidades de presentar otra mola ascienden al 25%. El embarazo gemelar también aumenta el riesgo de la enfermedad trofoblástica.

Hay diversas teorías que intentan explicar el origen de la enfermedad trofoblástica. Una de ellas asegura que habría una malformación congénita de la placenta por un fallo en la angiogénesis fetal, es decir, en la formación de los vasos sanguíneos fetales, por lo que el líquido se acumula en la placenta al no poder pasar al embrión. Esa teoría explicaría por qué las vellosidades no pierden su función y vitalidad, pues dependen de la circulación materna y no de la defectuosa circulación fetal de la enfermedad.

La otra teoría dice que habría una hiperplasia del trofoblasto con edema secundario que presionaría y atrofiaría los vasos vellositarios.

7.4.7 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Biometría Hemática completa (TP),(TPT) y Tiempos de coagulación.
- Electrolitos séricos.
- Grupo y Rh.
- Compatibilidad de pruebas cruzadas por si la paciente presenta sangrado abundante durante la evacuación.
- Ultrasonografía pélvico.
- Mediciones cuantitativas de la hormona gonadotropina corionica.

7.4.8 SIGNOS Y SINTOMAS

Tras un periodo de amenorrea, y a partir del segundo mes, hay un aumento de los síntomas subjetivos del embarazo, sobre todo náuseas y vómitos o hiperémesis en un 30%. Hay metrorragias irregulares en el 96% de los casos, en principio de escasa cantidad, pero que se va incrementando. Dicha hemorragia no es continua sino que se repite cada dos o tres días, de color roja o negruzca, que se produce por la ruptura de vasos maternos al separarse las vesículas de la decidua.

Ocasionalmente, hay expulsión de restos molares, que lo refiere la paciente como expulsión de vesículas en el 11 % de los casos y que es patognomónico pero aparece tardíamente. También puede presentar mal estado general, dolor difuso en hipogastrio y anemia. Esta última en relación con las metrorragias.

Pueden haber signos y síntomas de hipertiroidismo, como taquicardia, sudoración, y temblores, en el 7%, y es debido a que la fracción β -hCG es similar a la hormona TSH. Existen signos de preeclampsia o hipertensión gestacional del primer trimestre hasta en el 50% de los casos, y signos de insuficiencia respiratoria aguda en el 2% por embolismo pulmonar de las células.⁵²

⁵² *Ibidem pp. 935*

Trofoblástica, o por la asociación entre hipertiroidismo e hipertensión arterial. Como complicaciones pueden aparecer coagulopatías y metástasis.

A la exploración el útero esta aumentado de tamaño, en el 50% de los casos, por encima de lo que correspondería a la edad gestacional, de consistencia blanda, sin signos de actividad fetal a partir de la semana 12 y siempre que se trate de una mola total. También puede que la paciente presente un tamaño uterino menor al esperado para la edad gestacional. El cuello está cerrado, con metrorragia en cantidad variable, y raramente se observa la expulsión de vesículas. Pueden haber quistes teca-luteínicos bilaterales en ovario en cerca del 20% de los casos, debido al estímulo de la β -hCG.

La enfermedad Trofoblastica maligna va a cursar con metrorragias por lo general intensas, hay una elevación de la β -hCG y en la ecografía se objetiva la cavidad uterina con signos de ocupación atípica.

DIAGNÓSTICO

Por la clínica, y pruebas complementarias como la determinación de la β -hCG y la ecografía. La determinación de la β -hCG se basa en que el trofoblasto produce la hormona gonadotropina coriónica, presentando cifras elevadas, y su cuantificación va a servir para diagnóstico, valorar el pronóstico, y el seguimiento pos tratamiento. La ecografía revela un útero aumentado de tamaño que no corresponde con la amenorrea, con ecos en su interior, puntiformes que corresponderían a las vesículas y que asemejan copos de nieve o panal de abeja. No se aprecia saco gestacional ni estructuras fetales y, en ambos ovarios se aprecian quistes teca-luteínicos como formaciones ováricas redondas, econegativas, con múltiples tabiques en su interior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial dependerá de si se ha producido metástasis o no y en qué órganos

- Obstrucción biliar
- Coriocarcinoma ovárico
- Cáncer de vejiga
- Diagnóstico del embarazo
- Tumores cerebrales
- Accidentes cerebro vasculares
- Tumores uroteliales de la pelvis renal y uréteres
- Tumores de células germinales secretoras de hCG
- Cistitis hemorrágica no infecciosa
- Nefrolitiasis

7.4.9 TRATAMIENTO

Hay que tratar las complicaciones como la hiperémesis, anemia, hipertensión, y alteraciones electrolíticas, coagulopatías, alteraciones cardio-respiratorias y preeclampsia, procediendo a evacuar la mola lo antes posible, con lo que se producirán menos malignizaciones.

La evacuación del contenido uterino se realiza mediante dilatación, y legrado por aspiración. Además se pauta profilaxis antibiótica y oxitócicos.

La histerectomía, con la mola en su interior, está indicada en pacientes de edad superior a 40 años o en mujeres con más de tres hijos, ya que en ambos grupos se ha demostrado una mayor incidencia de malignización.⁵³

⁵³ *Ibidem pp. 938*

CONTROL POS EVACUACIÓN

- Tras la evacuación de la mola es preciso realizar controles de β -hCG semanal hasta su negativización, durante tres semanas, y tras esto una vez al mes, los primeros seis meses, y luego cada 2 meses, hasta completar el año.
- Exploración ginecológica y ecográfica a las 2 semanas tras evacuación y luego cada 3 meses. Durante este periodo será preciso prescribir anticoncepción a la paciente.
- Radiografía de tórax, a las 2 semanas tras evacuación, a los 6 meses y al año para descartar posibles infiltrados pulmonares.

7.4.10 COMPLICACIONES

- Hemorragia Vaginal.
- Coriocarcinoma.
- Anemia